Rok XLVI. Kraków, dnia 4. maja 1907. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O leczeniu wiewióra ostrego u mężczyzn.

Podał
Dr Eugeniusz Borzęcki
prymaryusz oddziału.

(Dokończenie.)

Nie zbyt zachęcające wyniki leczenia miejscowego wiewióra części przedniej w okresie ostrym, jak wyżej zaznaczyłem, sprawiły, że z czasem zacząłem wskazania do tej metody coraz więcej ścieśniać z całą świadomością, że skoro nie uda mi się przy leczeniu miejscowem ograniczyć sprawy na odcinek przedni, zajmie ona prędzej czy później część tylną i dać może powód do wynikających stąd powikłań Do wyjątków bowiem, bardzo odosobnionych, zaliczyćby przyszło te przypadki, w którychby wiewiór ostry części przedniej przy leczeniu tylko środkami wewnętrznymi nie zajął odcinka jej tylnego. Chociaż bowiem wielu ze środków, podawanych wewnętrznie, tak na podstawie badania chemicznego, jak i spostrzeżeń klinicznych, nie można odmówić działania przeciwgnilnego, to jest ono przecież zbyt rzadkie i krótkie (gdyż tylko w ciągu aktu oddawania moczu), nadto zbyt tylko powierzchowne, by środki te mogły stanowić przeszkodę w posunięciu się dwoinek wiewiórowych w dalszą część cewki. Co się tyczy częstości przejścia wiewióra ostrego do tylnego odcinka cewki, to dane statystyczne, zebrane przez różnych autorów, różnią się dosyć od siebie. I tak: Jadassohn (42) podaje w przypadkach, które trwają nie dłużej jak 4—6 tygodni, 87·7%. Letzel (43) 92·5% przy trwaniu 7—10 tygodni, Rona (44) 62% przy 8—10 tygodniach trwania, Finger (45) 63% w swojej praktyce prywatnej, 82% wśród materyału poliklinicznego.

Zdania Lanza, że na częstość wystąpienia wiewióra tylnej części cewki nie ma wpływu ani leczenie miejscowe, ani leczenie środkami wewnętrznie podawanymi, podzielać nie można. Zgoda co do drugich; ale, że leczenie miejscowe ostrego wiewióra przedniego odcinka cewki, jeżeli da wynik dodatni, tem samem nie pozwala posunąć się sprawie ku tyłowi — to rzecz jasna. Że wstrzykiwania płynów nieodpowiednich, n. p. ściągających, w okresie ostrym mogą wprost mechanicznie posunąć sprawę ku tyłowi, nie ulega wątpliwości. Christiani (46) leczył 150 przypadków wiewióra ostrego miejscowo, drugie 150 tylko środkami podawanymi wewnętrznie; w pierwszym szeregu przypadków spostrzegał zajęcie tylnego odcinka 32 razy, w drugim 12. Praca oryginalna nie była mi dostępną; jeżeli jednak liczby te odnoszą się do wiewióra ostrego, to w obu szeregach przypadków dziwnie nizki jest odsetek zajęcia tylnej części.

Wracając, po tem małem zboczeniu od przedmiotu, do omawianej grupy wiewióra ostrego przedniej części cewki, obierzemy raczej w leczeniu drogę dłuższą przy podawaniu tylko środków wewnętrznych, zachowaniu wskazówek higienicznych i dyetetycznych, przygotowani na to, że w krótkim czasie sprawa zajmie odcinek tylny.

W tej postaci wiewiór ostry stanowi chyba dla każdego lekarza ścisłe przeciwwskazanie do podjęcia leczenia miejscowego i to nietylko z powodów wyżej przytoczonych, ale nadto i dlatego, że skoro jest zajęty tylny odcinek cewki, to dla zastosowania jakichkolwiek środków miejscowych konieczne jest wprowadzanie cewników, a z niem obawa wtórnych, cięższych, niż sam wiewiór, zakażeń. Błona śluzowa rozpulchniona; wskutek złuszczenia się nabłonka powstają miejsca błony śluzowej, z niego obnażone i stwarzają się przez to wrota łatwego zakażenia bakteryami ropnemi. Nie pozostaje nam inna droga, jak przy leczeniu objawowem, dyetetycznem, przeczekać okres ostry i kiedy ten minie, rozpocząć leczenie miejscowe. Dłuższa to droga, ale pewniejsza i nie narażająca chorego na niebezpieczeństwo, jakie wyniknąć może ze zbyt pohopnie podjętego leczenia miejscowego. Co do mnie, to nigdy nie żałowałem tej pozornej zwłoki w rozpoczęciu leczenia środkami miejscowymi, za to widziałem wiele niepożądanych następstw, jako wynik zabiegów miejscowych, w ostrym okresie wiewióra za wcześnie podjętych.

Że i powikłania, z samego wiewióra pochodzące, a przedewszystkiem zapalenia najądrza przy takim planie leczenia wydarzają się tylko bardzo wyjątkowo, nie ulega wątpliwości. Oto w krótkości dane statystyczne różnych klinicystów: Finger z polikliniki podaje 12·5%, Blaschko 7·5%, Berg 7·5%, Jordan 11·7%; liczby te są znacznie większe, jeżeli weźmie się w rachubę przyjętych do oddziałów z wiewiórem; według Fingera odsetek ten podnosi się na 29·9%, Rottera 27·0%, Simonisa 27·5%. Do oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza przyjęto w ciągu lat 1902, 1903 i 1904 wogóle 359 przypadków wiewióra ostrego z równoczesnem zapaleniem najądrza w 82 przypadkach, co odpowiada 24%. W pozostałej liczbie 277 wystąpiło zapalenie najądrza w ciągu leczenia i pobytu chorych w oddziale 7 razy, co odpowiada mniej więcej 2·5%. Tej małej ilości nie można przyjąć za przypadkową, tem więcej, że powyższa statystyka obejmuje materyał z lat trzech.

Przy tak stosowanem leczeniu, polegającem głównie na podawaniu środków wewnętrznych, odpowiednio dostosowanych do nasilenia sprawy chorobowej, osiągamy w ciągu 2—3 tygodni, w nielicznych przypadkach później, pożądaną poprawę w tem znaczeniu, że stopień nasilenia stanu zapalnego, tak przedmiotowo, jak i podmiotowo znacznie się zmniejszył, wypływ ropny z cewki ustąpił miejsca wydzielinie śluzowo-ropnej, a co najważniejsza, że równocześnie sprawa w większości przypadków ustąpiła z odcinka tylnego cewki. Wytłómaczyć tej zmiany nie możemy inaczej, jak w ten sposób, że w ciągu tego czasu dwoinki wiewiórowe opuściły głębsze warstwy błony śluzowej, czy to wskutek działania swoistego, o jakiem mówi Finger, czy wskutek miejscowego uodpornienia tkanki przez wytworzone toksyny; sprawa przybrała cechy zajęcia raczej tylko warstw nabłonkowych, a więc stanu nieżytowego, który też klinicznie jako taki się przedstawia. Ten okres dla leczenia miejscowego daje korzystne warunki i pozwala wnosić, że użyte środki zetkną się i zadziałają na obecne jeszcze dwoinki. Jeżeli przy omówionem leczeniu w okresie ostrym udało się usunąć sprawę z odcinka tylnego, to rzecz oczywista, że leczenie miejscowe ograniczymy tylko do zabiegów, uwzględniających tylko przednią część cewki, a więc do wstrzykiwań, jeżeli zaś odpowiednie badanie wykaże, że sprawa nie ustąpiła całkowicie z części tylnej, to równocześnie obok wstrzykiwań stosować wypadnie tą, czy ową metodą środek ten sam na odcinek tylny. W wyborze środków pierwszeństwo damy tym, które obok dostatecznego działania odkażającego posiadają zdolność działania w głąb tkanki, a więc przedewszystkiem połączeniom azotanu srebra. Co do samych wstrzykiwań, to nacisk położyć należy na to, by były robione bardzo regularnie, o ile można w pewnych równych odstępach czasu, często, a płyn wstrzyknięty zatrzymywany przynajmniej 5—6 minut, jeżeli już nie dłużej (10—15 według Neissera). Takie systematyczne leczenie polecamy prowadzić około 3 tygodni, badając w pewnych odstępach czasu wydzielinę z cewki co do dwoinek wiewiórowych; z reguły stwierdza się ich brak.

Po tym czasie chory zaprzestaje wszelkiego dalszego leczenia i zostaje poddany obserwacyi, która u chorych, leczonych w oddziale, trwa średnio 3—5 dni. Wynik ujemny nie da na siebie długo czekać; w ciągu 3—4 dni od ostatniego wstrzyknięcia pojawia się z cewki wydzielina zrazu śluzowa, skąpa, w najbliższym dniu już ropna z licznemi dwoinkami. Trudniej wyrokować o wyniku dodatnim. Chorych, pozostających w oddziale, uważamy za wyleczonych, jeżeli w ciągu tej pięciodniowej obserwacyi nie stwierdziliśmy żadnej wydzieliny z ujścia cewki, albo jeżeli ona, gdy przecież ją zauważyliśmy, miała cechy tylko wydzieliny nieżytowej — bez dwoinek wiewiórowych. Oceniamy to dostatecznie, że ten krótki czas obserwacyi nie daje miary i nie jest bezwzględnie pewnym probierzem, czy wiewiór został zupełnie usunięty; względy jednakże natury ekonomicznej nie pozwalają na przedłużenie tego czasu. Jakkolwiek z wielu powodów sądzimy, że jesteśmy uprawnieni do przypuszczenia, iż tylko w niewielkiej liczbie przypadków wynik dodatni, przez nas stwierdzony, takim nie zostaje, to przecież statystyka na tym materyale nie może być podaną jako pewna i nie ulegająca krytyce. Ściślejszem pod tym względem będzie zestawienie takie, oparte na materyale prywatnie się leczących, gdzie obserwacya taka rozciągnąć się może na 10—14 dni, a nawet dłużej; bo jeżeli od chwili zaprzestania wszelkich zabiegów leczniczych w ciągu tak długiego czasu nie stwierdzimy żadnego, nawet podejrzanego objawu istniejącego wiewióra, to takiego wyniku nie można podawać w wątpliwość. Statystyka tego materyału z mojej praktyki wykazuje około 80% wyników dodatnich. Trzymając się w leczeniu wiewióra ostrego tego planu, jak go wyżej naszkicowałem, zaznaczyć muszę, że przynajmniej nigdy nie robiłem sobie wyrzutów, iż przez zbyt wczesne i pochopne stosowanie zabiegów miejscowych dałem powód do wyniknąć stąd mogących powikłań i zakażeń następowych. W końcu jeszcze jedna uwaga. Co do wiewióra ostrego panuje pod względem leczniczym niczem nie usprawiedliwiona, a często szkodliwa polipragmazya. Jakże często w ciągu leczenia takiego wiewióra bez wyraźnych wskazań poleca się choremu naprzemian to wstrzykiwanie środków przeciwgnilnych, to przeciwgnilno-ściągających, wreszcie ściągających i to często tylko dlatego, by dogodzić życzeniom chorego, który domaga się tej zmiany. Jak długo przyczyną sprawy, toczącej się na błonie śluzowej cewki, jest obecność dwoinek wiewiórowych, to wskazanie jest jedno: środki przeciwgnilne. Bezcelowe i niczem nieuzasadnione przerzucanie się z jednej grupy środków do drugiej, wywołuje tylko przeciąganie się sprawy chorobowej i opóźnia osiągnięcie wyniku leczenia.

Nie więcej usprawiedliwionem wydaje mi się leczenie równoczesne miejscowe i podawanie środków wewnętrznych. Środki wewnętrzne są *malum necessarium*, podyktowane stopniem nasilenia objawów zapalnych zbyt wielkiego, by można myśleć o leczeniu miejscowem. Skoro jednak raz zgodziliśmy się na użycie środków miejscowych, i to z natury rzeczy przedewszystkiem przeciwgnilnych, to zbyteczne jest podawanie równoczesne środków wewnętrznych nie mniej o tem działaniu, które w porównaniu z miejscowo użytymi prawie iluzorycznem wydać się musi. Albo jest wskazanie leczenia miejscowego, a w takim razie zbyteczne jest wprowadzanie leków drogą przewodu pokarmowego, albo nie ma takiego wskazania, a wtedy środki wewnętrzne są na czasie.

Gdyby chcieć poruszone tu sprawy ująć w formę wniosków, to byłyby one następujące:

1) W leczeniu ostrego wiewióra przedniego odcinka cewki, o ile na to pozwala stopień nasilenia objawów zapalnych, pierwsze miejsce należy się leczeniu miejscowemu środkami z grupy połączeń azotanu srebra.

2) Wiewiór ostry części przedniej z silnie rozwiniętymi objawami zapalnymi nie daje przy tem leczeniu korzystnych widoków co do wyników dodatnich.

3) Wiewiór ostry odcinka przedniego i tylnego jest przeciwwskazaniem do leczenia miejscowego.

4) W grupie pod 2) i 3) objętych przypadków wskazane jest przy zachowaniu się więcej biernem przeczekać aż do chwili, kiedy miną objawy ostre i wtedy przejść do leczenia miejscowego.

W tych krótkich słowach starałem się skreślić moje zapatrywania i podać drogi, jakich się trzymam w leczeniu wiewióra ostrego, z całą świadomością, że i te drogi nie zawsze prowadzą do wytkniętego celu, nie mniej jednak

dają rękojmię, że trzymając się ich, wyjątkowo tylko wskutek samego leczenia damy powód do niepożądanych powikłań.

Piśmiennictwo. 1) Archiv f. D. u. S. XXII. 918. — 2) Arch. f. D. u. S. XXIII. 675. — 3) Arch. f. D. u. S. XXV. 686. 5) — Arch. f. D. u. S. XXX. 145. — 5) Traitement methodique de la blenorrhagie. Medc. moderne 1896. — 6) Monatshefte f. pract. Derm. XXVI. — 7) Blenorrhoe der Sexualorgane 1905. — 8) Arch. f. D. u. S. XXIV. 123. — 9) Arch. f. D. u. S. XXIV. 802. — 10) Beiträge zur Diag. u. Therapie des Trippers. New-Yorker medizin. Woch. 1892. — 11) Arch. f. D. u. S. XXV. 681. — 12) Arch. f. D. u. S. XXV. 688. — 13) Arch. f. D. u. S. XXVII. 288. — 14) Wien. med. Blätter 1897. Nr 18. — 15) Monatshefte f. pract. Derm. XVIII. — 16) Arch. f. D. u. S. LX. — 17) Bulletin medical 1891. — 18) Arch. f. D. u. S. XXVII. — 19) Arch. f. D. u. S. XXII. 919. — 20) Lyon medical 1891. Nr 30. — 21) Journal des maladies cutan. 1890. 385. — 22) Gazette medicale de Paris 1892. — 23) Comment doit'on traiter la blennorhagie aiguë chez l'homme. Le Mercredi medical 1895. — 24) Traitement de la blennorhagie chez l'homme. Arch. medical de Toulouse 1896. — 25) Wien. med. Presse 1897. Nr 18. — 26) Über das Vorkommen der Gonococcen im Secrete der Urethraldrüsen. Wien. med. Presse 1894. — 27) Über die Behandlung der Gon. mit Argentum-Casein. Arch. f. D. u. S. 1895. — 28) Zur Behandlung der acuten Gon. mit Protargol. Dermat. Centralblatt. — 29) Über das Protargol als Antigonorrhoicum. Die Heilkunde. — 30) Über Largin. Wien. klin. Woch. 1898. — 31) Über den Werth und die Anwendungsweise des Protargol. Die Heilkunde 1901. — 32) Über die Bedeutung der Silbersalze für die Therapie der Gon. Münch. mediz. Woch. 1895. — 33) Arch. f. D. u. S. XLII. — 34) Zur Abortiv-Behandlung der Gon. Berl. klin. Woch. 1902. — 35) Die Behandlung der Gon. mit Albargin. Gazetta internaz. di Mediz. (Ref. Archiv f. D. u. S. 1902). — 36) Zur Therapie der Gonorr. Therapie d. Gegenwart 1903. — 37) Über den Desinfectionswerth des Aethylendiaminsilberphosphats u. Aethylendiaminkresols nebst Bemerkungen über die Anwendung der Centrifuge bei Desinfectionsversuchen. Zeitschrift für Hygiene. Bd. XVI. — 38) Über die bactericide Wirkung des Argentum-Caseins. Zeitschrift f. Hygiene 1895. — 36) Über die desinfizierende Kraft des Largins. Wiener klin. Wochens. 1891. — 40) Arch. f. D. u. S. 1904. 297. — 41) Über die Reinzüchtung des Gonococcus 1897. — 42) Beiträge zur Lehre von der Urethr. posterior. I. Derm. Congress Prag 1889. — 43) Intern. Centralblatt f. Physiol. u. Pathol. der Harn- und Sexualorgane 1890. 284. — 44) Vermag der Compressor urethrae das Weiterschreiten der acuten Gonorrhoe verhindern. (Ref. Monatshefte f. pract. Dermat. 1891). — 45) Die Blenorrhoe der Sexualorgane 1902. — 46) Archiv f. D. u. S. XXVII. 286.

Spostrzeżenia z praktyki.

Powierzchowna martwica błony śluzowej pochwy w przebiegu zapalenia tkanki łącznej przymacicznej.

Podał

Dr Bernard Engländer

lekarz chorób kobiecych w Krakowie.

Poza połogiem wydalanie błon z części rodnych niewieścich nie zdarza się zbyt często. Objaw ten spotyka się w dwóch sprawach chorobowych, mianowicie przy miesiączce błoniastej *(dysmenorrhoea membranacea)*, gdzie wśród silnych bolów miesiączkowych odchodzą części błony śluzowej macicy z krwią i śluzem i w przypadkach poronienia ciąży zewnątrzmacicznej, gdzie wydostaje się na zewnątrz doczesna, powstała w macicy. Odchodzenie tych błon stanowi jeden zę stałych objawów w obu tych sprawach, toteż na obecności ich obok innych zmian przedmiotowych opieramy tu rozpoznanie. Przypadkowe jednakże odchodzenie błon z dróg rodnych niewieścich, samoistne lub pod wpływem takich środków leczniczych, które same przez się nie działają żrąco, należy do rzadkości. Dlatego pragnę opisać przypadek, który niedawno spostrzegałem.

W lipcu 1906 r. poddała się p. F. L. z powodu niepłodności operacyi rozcięcia ujścia zewnętrznego *(discissio)*. W jedenastym dniu po operacyi zachorowała wśród objawów żołądkowo-jelitowych, a wezwany lekarz domowy rozpoznał ostry nieżyt żołądka i jelit wskutek błędu w dyecie. Jednakże mimo przepisanego leczenia choroba nie ustępowała. Miałem sposobność chorą na trzeci dzień widzieć, a wtedy po zbadaniu przez pochwę rozpoznałem wysięk w przymaciczu tylnem. Pod więzadłami krzyżowo-macicznemi znajduje się wysięk, otaczający odbytnicę. Chora doznaje uczucia parcia na stolce, gorączkuje. Wśród stosownego leczenia (spokój, ścisła dyeta, okłady wysychające, a następnie nasiadowe ciepłe kąpiele, gałki ichtyolowe po 0·20) przebieg choroby był pomyślny; po 6 tygodniach wyzdrowienie. W piątym tygodniu choroby pojawiła się miesiączka niebolesna, 3 dni trwająca.

W jakiś czas potem zostałem wezwany ponownie do chorej, która oświadczyła mi, że przed chwilą coś z pochwy wyszło, przyczem nie było bolów, ani krwawienia. Oglądając wydalony strzęp, stwierdziłem, że ma on postać rurki, na palec długiej, cienkiej, stanowiącej dokładny całkowity odlew pochwy; na przedniej i tylnej ścianie widać poprzeczne fałdy (*columnae rugarum*) oraz resztki leku (ichtyol z masłem kakaowem). Błonę tę tworzy obumarły nabłonek pochwowy. Badanie pochwy dało wynik ujemny, na palcu krwi nie ma. Wziernika nie wprowadzano. Obecnie stan zdrowia dobry, miesiączka prawidłowa.

Przypuszczam, że obumarcie i wydalanie powierzchownej warstwy błony śluzowej pochwy, nastąpiło najprawdopodobniej pod wpływem działania gałeczek ichtyolowych, stosowanych ze względu na wysięk przymaciczny. O innej przyczynie trudno myśleć; nie mogły nią być chyba kąpiele nasiadowe; by one sprawę taką wywołały, musiałaby ciepłota wody być chyba nader wysoka, coby w pierwszym rzędzie wywołało oparzenie skóry i uniemożliwiło dłuższe przebywanie w kąpieli.

Podobny przypadek omawiał Fabricius (»Ctrbl. f. Gyn. Nr 8, 1907) na posiedzeniu Tow. ginekol. wiedeńskiego w dniu 20. listopada z. r.; przypadek ten dotyczył chorej 36-letniej, cierpiącej na silne bole miesiączkowe, leczonej tamponami glicerynowo-ichtyolowymi 5%. W tym przypadku odchodziły tylko kawałki błony śluzowej pochwy, odpowiadające wielkością wprowadzanym tamponom.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Prof. Dietrich. **Obecny stan doświadczalnych badań nad rakiem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 3). Przeszczepiania raków próbowano już w 18. stuleciu, a mianowicie z jednych osobników na drugie, jednak z wynikiem ujemnym; udawało się tylko przeszczepianie w inne miejsce u tego samego osobnika. Próby przenoszenia nowotworów ludzkich na zwierzęta często zawodzą, lub też powstają tylko ziarniniaki. Wszystkie dotąd opisywane rzekome pasorzyty raka, jak i doświadczenia Podwyssockiego z *plasmodiophora brassicae*, Sanfelicego z drożdżami, Schmidta z pleśniami i t. p., jak zapewne i Doyena z *micrococcus neoformans*, nie wytrzymały naukowej krytyki. Kelling uważa komórkę rakową za komórkę innego gatunku zwierzęcego, która wtargnęła do danego ustroju, posiadając jeszcze wielką zdolność bujania. Zapatrywanie swe popiera Kelling odczynami hemolitycznymi i precypitującymi. Badania te i zapatrywania zostały jednak odparte przez Meinertza i Dungerna. Przeszczepianie tkanki zarodkowej celem wywołania nowotworu nie doprowadziło też do wyniku; co najwyżej wywołano sztuczne potworniakowate twory. Fischer przez wstrzykiwania szkarłatu R lub sudanu III wywołał bujanie nabłonka w kierunku atypowym w postaci sznurów i guzków, ale tylko przejściowe. Przypuszcza on, że do powstania raka potrzebną jest w ustroju obecność substancyi, wywołującej trwałe podrażnienie nabłonka (atraksyna). Najcenniejsze wyniki dotąd dały badania nad samorodnymi nowotworami u zwierząt, zwłaszcza u myszy. Z badań tych przekonano się, że można sztucznie zwiększać lub zmniejszać złośliwość nowotworów, dalej że rak zmieniać się może w mięsaka, a w końcu, że można zwierzęta uodporniać przeciwko nowotworom. Sticker stwierdził, że powtórne przyjęcie się nowotworu najłatwiej występuje po operacyi pierwotnego guza, co chirurgia potwierdza w całej pełni. Śródżylne wstrzykiwania cząstek nowotworów i surowica uodpornionych zwierząt wywołują często zanik istniejącego nowotworu. Leyden i Blumenthal pracują w tym kierunku celem wynalezienia surowicy rakowej dla człowieka. Doświadczalne badania zaprzeczają po większej części pasorzytowej teoryi raka. *Klęsk*

Schmid i Géronne. **O działaniu promieni Röntgena na zwierzęta pozbawione nerek; przyczynek do sprawy leukotoksyny.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 10, 1907). Według Linsera i Hellera promienie Röntgena niszczą ciałka białe, a z rozpadu tychże tworzy się w surowicy toksyna, działająca szkodliwie na ciałka białe i na nerki. S. i G. naświetlali zwierzęta pozbawione nerek i przekonali się, że u nich następuje jeszcze szybciej rozpad ciałek białych, gdyż toksyny nie mogą wydzielać się z moczem. *Klesk.*

Arndt. **Badania hemolityczne przy schorzeniach na tle gronkowców.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 14). Po dodaniu do toksyny gronkowców kropli prawidłowej krwi spostrzegać można łatwo rozpuszczanie się czerwonych ciałek krwi. Własność ta jest cechującą głównie dla typu gronkowców chorobotwórczych. Dodanie antytoksyny wstrzymuje ten odczyn. Antytoksyna ta znajduje się w prawidłowej surowicy wielu zwierząt, zwłaszcza konia, a także (w większej ilości) w przebiegu zakażenia gronkowcami. Próba ta pozwala wykryć utajone zakażenie gronkowcami. Wynik ujemny nie wyłącza jeszcze zakażenia. A. wykonał badanie w 30 przypadkach i przekonał się, że 1) antytoksyna tworzy się nie nagle po zakażeniu, lecz stopniowo; 2) znajduje się ją nietylko w surowicy krwi, ale i w płynie z puchliny brzusznej, w wysiękach stawowych przy zapaleniu szpiku kostnego i t. p.; 3) naturalna odporność człowieka przeciwko stafilolizynie jest wrodzoną; 4) antytoksyna wytwarza się także w miejscu zakażenia, a gromadzenie się jej ułatwia przekrwienie bierne. *Klesk.*

Medycyna wewnętrzna.

Max Löwy. **Stłumienie nad szyjną częścią kręgosłupa przy zmianach szczytów płuc.** (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1907, Nr 23). Jeżeli nawet tylko w jednej okolicy nadgrzebieniowej *(fossa supraspin.)* istnieje stłumienie w odpowiedniej wysokości i blizkości, to i nad szyjną częścią kręgosłupa stwierdza się stłumienie, którego dolna granica leży równo z dolną granicą stłumienia nad szczytem płuca; poniżej nad kręgosłupem odgłos jest jawniejszy. Jeżeli szczyt po jednej stronie od tyłu jest niżej ustawiony, to jawniejszy odgłos nad szyjną częścią kręgosłupa sięga tylko do górnej granicy jawnego odgłosu nad niżej ustawionym szczytem lub nieco tylko wyżej; jeżeli różnica górnych granic obu szczytów jest znaczniejszą, to nie dosięga on górnej granicy szczytu wyżej ustawionego. W przypadkach nieruchomości jednego szczytu odniósł L. wrażenie, że przy głębokim wdechu nie posuwa się odgłos jawny nad szyjną częścią kręgosłupa ku górze, wbrew temu, co bywa zazwyczaj. Nieruchomości oddechowej szczytu zdaje się przeto towarzyszyć nieruchomość granic odgłosu opukowego nad szyjną częścią kręgosłupa. Spostrzeżenia te L. potrzebują jeszcze potwierdzenia. L. sądzi jednak, że spostrzegane przez niego objawy mogą oddać usługi wtedy, gdy chodzi o potwierdzenie wątpliwych wyników opukiwania szczytów, o niepewne stłumienie nad szczytem lub niepewne różnice wysokości ustawienia szczytów i o rozróżnienie wyników opukiwania szczytów od objawów opukowych, mogących zależeć od napięcia mięśni.
Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Genken. **W sprawie wzajemnego stosunku diazoreakcyi Ehrlicha, bakteryemii i odczynu Widala przy durze brzusznym.** (Doniesienie tymczasowe). (*Russkij Wracz* 1907, Nr 10). Na podstawie badania 37 przypadków duru brzusznego (w szpitalu Obuchowskim w Petersburgu) doszedł autor do następujących wniosków. 1) Diazoreakcya i bakteryemia w przypadkach duru brzusznego idą równolegle; diazoreakcya zjawia się u chorych na dur brzuszny tylko w tym okresie duru, w którym we krwi są laseczniki Ebertha. 2) Znikanie laseczników ze krwi lub przynajmniej zupełne ich zlepianie się idzie w parze z osłabnięciem diazoreakcyi i znikaniem jej, bez względu na obecność wysokiej niekiedy gorączki i ciężkiego stanu, zależących od zmian w jelitach lub płucach, przyczem odczyn Widala (antagonista bakteryemii) stosunkowo szybko się potęguje, czasami do wysokich cyfr. 3) W przypadkach duru, leczonych salolem, kalomelem, albo tannalbiną, nie powiodło się stwierdzić tej równoległości, gdyż bakteryemia utrzymywała się, a diazoreakcya znikała. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Ceidler. **W sprawie bakteryemii durowej.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 10). Autor starał się stwierdzić obecność prątków durowych we krwi w toku duru za pomocą hodowli na żółci. Zmieszawszy 30 kropli krwi (z palca) z 5 ctm. sz. żółci wyjałowionej, pozostawiał autor taką hodowlę przez 12—24 godzin w cieplarce, poczem przeszczepiał hodowle albo na zwykły agar, albo na agar Löfflera, albo na agar Conradi-Drigalskiego. Na 51 badań u 41 chorych otrzymał autor dodatni wynik w 42 (82·35 prc.) przypadkach, a ujemny w 9. Z 40 badań, wykonanych przed 11. dniem choroby, tylko w 1 przypadku (w 8. dniu choroby) wynik badania był ujemny, i w tym jedynym wszakże przypadku poprzednio (t. j. w 5. dniu choroby) badanie dało wynik dodatni. W dwóch przypadkach badano na 12. dzień (1 dodatni, 1 ujemny), w 3 na 13. dzień (1 dodatni, 2 ujemne), w 2 na 14. dzień (1 dodatni, 1 ujemny), po jednym przypadku z ujemnym wynikiem na 15. i 16. dzień, i w 2 przypadkach z ujemnym wynikiem na 25. dzień. Wśród badanych przypadków były przypadki lekkie i ciężkie; z ciężkich przypadków 3 skończyły się śmiercią. W jednym przypadku nawrotu już na 4. dzień otrzymano hodowlę lasecznika. Badania więc autora dowodzą, że 1) prątki durowe znajdują się we krwi chorych na dur brzuszny, począwszy od 4. dnia choroby; 2) laseczniki zaczynają znikać ze krwi chorych na dur brzuszny w drugiej połowie 2-go tygodnia; 3) laseczniki durowe znajdują się we krwi chorych nietylko w ciężkich, lecz i w lekkich przypadkach, a także i podczas nawrotów. Autor gorąco zaleca żółć, jako pożywkę, pozwalającą w najkrótszym czasie (bo przez 18—24 godzin) otrzymać hodowle laseczników. Sposób Conradiego (żółć z domieszką 10 prc. peptonu i 10 prc. gliceryny), według autora, niema przewagi nad czystą żółcią.
Z. Orłowski (Ptsbg.).

Sztinlern. **W sprawie bakteryemii durowej i jej stosunku do aglutynacyjnej własności krwi w ciągu duru brzusznego.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 10). Wyniki badań, wykonanych przez autora na 96 przypadkach duru brzusznego, są następujące: 1) Sposób hodowli laseczników duru brzusznego na żółci, podany przez Conradiego, jest bardzo dobry, gdyż daje w ciągu 1-go tygodnia 25 prc. dodatnich wyników, gdy odczyn Widala (1: 60) daje jeszcze ujemne wyniki. 2) W 95 prc. duru brzusznego już w ciągu pierwszego tygodnia można stwierdzić bakteryemię niezależnie od ciężkości przypadku. 3) Począwszy od 2-go tygodnia spotyka się bakteryemię znacznie rzadziej (w 60 prc.). Zwykle bakterye znikają we krwi w ciągu 2-go tygodnia, w ciężkich przypadkach w ciągu 3-go tygodnia. Wogóle, im ciężej przebiega niepowikłany dur, tem dłużej trwa bakteryemia i naodwrót. 4) Bakteryemia znika przy zwiększeniu się aglutynacyjnej siły surowicy krwi, i przy makroskopowem mianie aglutynacyjnem 1: 500 nie można już znaleźć laseczników we krwi. 5) W ciężkich przypadkach duru może bakteryemia zniknąć na jakiś czas, a potem znowu się zjawić. 6) Bakteryemia durowa niema zwykle złośliwego charakteru i, jak się zdaje, niema skłonności przechodzić w posocznicę. 7) Podczas nawrotów duru zjawiają się laseczniki we krwi najwcześniej na czwarty dzień nawrotu. Bakteryemia trwa wtedy zwykle krótko. Można stwierdzić równoległość między ciężkością nawrotu duru i długością trwania bakteryemii; w przypadkach bardzo lekkich nawrotów nie znajduje się laseczników we krwi. 8) Przy nawrotach przy wysokiem mianie aglutynacyjnem (1: 400 makroskopowo), bakteryemii niema. 9) Zakażenie paratyfusem niczem osobliwem nie różni się od zakażenia zwykłym durem, gdyż i przy paratyfusach zdarzają się nawroty i zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia jelit. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

K. Stadelmann. **Wczesne rozpoznanie padaczki samorodnej.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Z. 7). Z wczesnych objawów padaczki samorodnej należy wnosić, że podstawą jej jest ogólnie zmieniona zdolność oddziaływania. Odczyn ustroju prawidłowego na rozmaite bodźce w okresie znużenia nie różni się w istocie rzeczy od odczynu ustroju, usposobionego do padaczki; wczesne objawy padaczki różnią się od prawidłowych objawów znużenia tylko ilościowo, oraz sposobem powstawania i ustępowania. U dziecka, usposobionego do padaczki, powstają objawy pod działaniem mniejszych bodźców zewnętrznych i wewnętrznych, niż u znużonego dziecka zdrowego, a mijają trudniej.
Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

L. Steinsberg. **O leczeniu błednicy gorącemi kąpielami borowinowemi.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 15). W wykładzie, wygłoszonym na XXVIII ogólnem zebraniu publicznem niem. Towarzystwa balneologicznego, roztrząsa S. naprzód teorye patogenetyczne błednicy, zwracając uwagę na to, że stare zapatrywanie v. Noordena, dopatrującego się związku błednicy z zaburzeniami czynności wydzielania w narządach płciowych, odzyskiwać poczyna znaczenie, odkąd zwrócono uwagę na wewnętrzne wydzielanie jajników. Wydzielina »wewnętrzna« jajników wywiera, jak dowodzą przedewszystkiem klasyczne doświadczenia St. Dobrowolskiego, wielki wpływ na przemianę materyi, szcze-

gólnie na zapas tkanki tłuszczowej w ustroju. Według Fraenkla zaś należałoby wydzielinie tej przyznać także wpływ na narządy krwiotwórcze. Wobec tego niewahałby się S. uznać blednicę za chorobę poniekąd ginekologiczną. Zdawałoby się przeto, że w leczeniu blednicy należałoby przedewszystkiem myśleć o użyciu surowicy »jajnikowej«, do czego zachęcają opisywane przez niektórych autorów pomyślne wyniki organoterapeutyczne, osiągnięte w blednicy zapomocą wyciągów z jajników i owaryny Mercka. Wszelako równie liczne są spostrzeżenia, w których organoterapia taka nie odniosła skutku, a obecny stan badań nie pozwala jeszcze zwrócić się do surowic, gdyż nie powiodło się jeszcze zapomocą substancyi jajników wytworzyć surowicy, któraby na ustrój działała korzystnie. Wobec tego w leczeniu posługiwać się musimy nadal środkami objawowymi, do jakich, zdaniem S., zaliczyć należy także tak powszechnie w blednicy stosowane żelazo; lek ten niezawsze jednak w niej skutkuje, z drugiej zaś strony nie brak spostrzeżeń, w których i bez użycia żelaza blednicę wyleczyć zdołano. Nie mogąc zaś zadziałać na narządy płciowe swoiście zapomocą np. odpowiednich surowic, należy zwrócić baczniejszą uwagę na te sposoby postępowania, które na te narządy wpływ wywrzeć mogą. Tu należą zalecane przez Grawitza i Rosina celem leczenia blednicy gorące kąpiele wodne. Za jeszcze dzielniejszy środek w blednicy uważa S. gorące kąpiele borowinowe, które w szeregu przypadków (23) stosował we Franzensbadzie. Zalecał on średnio 3, później 4 kąpiele borowinowe na tydzień; każda kąpiel, średnio gęsta, trwa 8—20 minut i ma ciepłotę 38—39° C. Stosuje je w położeniu półleżącem, tak, aby ciało zanurzało się do połowy mostka; na głowę kładzie się zimny okład. Po kąpieli opłukują się chore w wodzie o 35° C., potem następują zawijania aż do wywołania potów. Po 5 minutach potów wyciera się chore suchemi ciepłemi chustami i odwozi w ubraniu wózkiem do domu, gdzie jeszcze 2 godziny leżeć powinny w łóżku. Zabiegi te znosiły dobrze nawet bardzo osłabione chore; stan ogólny i stan krwi poprawiał się już po 1—1½ tygodnia (po 4—6 kąpielach); waga ciała spadała w tym czasie o 1—1½, a nawet raz o 2¾ klg. Całe leczenie trwało 5—6 tygodni (15—20 kąpieli). Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia poleca S. gorąco ten sposób leczenia blednicy *R.*

Heuduck. **O żółtej gorączce.** (*Deut. Medicinal. Ztg.* 1907. Nr 31). Autor dochodzi do wniosków następujących: 1) Do ustroju ludzkiego dostaje się zarazek żółtej gorączki przez ukłucie *stegomyia fasciata*, począwszy od 12. dnia po ukłuciu przez nią chorego na żółtą gorączkę w pierwszych 3 dniach jego choroby. 2) Żółta gorączka nie jest więc, jak dotąd przypuszczano, chorobą zaraźliwą (kontagijną), lecz chorobą przenośną, w czem pośredniczą owady podobnie, jak w zimnicy. Stąd więc i zapobieganie chorobie polega nie na odosobnieniu chorych i odkażaniu ich wydzielin, odzieży i t. d., lecz na niedopuszczaniu, by chorych kłuła *stegomyia* i na jej niszczeniu. 3) Żółta gorączka może się przeto rozwijać tylko tam, gdzie znajduje się *stegomyia* i gdzie są warunki, sprzyjające jej rozwojowi: średnia ciepłota nocna około 22° C. i pewna wilgotność powietrza. Żółta gorączka szerzy się drogą lądową i morską; by zwalczyć jej szerzenie się, potrzeba przedewszystkiem odpowiednich przepisów co do żeglugi. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Chirurgia.

Prof. Bumm. **O zakażeniu przyrannem.** (Berlin 1906 str. 40, cena 1 marka). Główne drobnoustroje, wywołujące zakażenie ran, gronkowce i paciorkowce, sprawiać mogą różne skutki kliniczne w zakażonej ranie. Także na pożywkach zachowują się one bardzo różnie. Drobnoustrojów, żyjących przygodnie w jamie ustnej, w pochwie, cewce moczowej i t. d. nie można niczem odróżnić od znajdowanych w najbardziej zakażonych ranach. Sztucznie przeprowadzając przez zwierzęta, można zwiększać ogromnie jadowitość drobnoustrojów. Paciorkowce niejadowite grupują się zwykle w krótkie łańcuszki i mącą surowicę, jadowite tworzą długie, powikłane łańcuszki i nie wywołują zmętnienia surowicy. Także jadowite mikroby dostawszy się do rany, nie wywołują wielkiego odczynu komórkowego, co dozwala im drążyć wgłąb tkanek. Gronkowce zwykle usadawiają się miejscowo, znane są jednak sprawy chorobowe rozległe i rozszerzające się, a wywołane wyłącznie przez gronkowce. Gronkowce wydzielają z siebie jad, t. zw. staphylotoksynę, która wywołuje zapalenie i obumarcie sąsiedniej tkanki, niszczy ciałka krwi i działa także na odległe narządy, jak nerki i mięsień sercowy, a nadto wywołuje gorączkę. Paciorkowce wydzielają znacznie mniej takich trucizn, wobec czego przyjęto, że trucizny te są w paciorkowcach związane z ich ciałem i uwalniają się dopiero po obumarciu drobnoustrojów. Znajduje to potwierdzenie i w zakażeniu przyrannem u człowieka. I tak najzjadliwsze zakażenia wywołują drobnoustroje, które właśnie przeszły już przez jakiś ustrój. Takie zwiększenie zjadliwości objawia się nieraz w szpitalach, zwłaszcza polowych, całemi epidemiami i wtedy drobne nacięcie, nieraz ukłucie zanieczyszczoną igłą strzykawki Pravatza wiedzie do śmiertelnego zakażenia ogólnego. Zachodzi pytanie, czy wspomniane wyżej niewinne drobnoustroje powietrza, pochwy, ust i t. d. mogą nagle zwiększyć jadowitość swoją, dostawszy się do rany? Doświadczenia położników przemawiają przeciwko temu. Natomiast paciorkowce, które miały czas już dostosować się do ustroju, mogą stać się z niewinnych jadowitymi, czego dowodzą n. p. nagłe zakażenia po operacyach starych wrzodów, owrzodziałych raków, dalej zropienia krwiaków w ranach, dopiero w pewien czas i t. p. Jadowitość drobnoustrojów ropnych ulega, jak z tego widzimy, wielkim wahaniom. Zakażenie zależy właśnie od tej jadowitości, a dalej i od tkanki, w której rana powstała. Mało jadowite drobnoustroje wywołują w ranie głównie miejscowe zmiany, bardzo zaś jadowite naodwrót nie wywołują silnych zmian miejscowych, a tylko ogólne. Ogólne silne zakażenie zaznacza się zmniejszaniem się ilości wielojądrzastych ciałek białych, a zjawieniem się w większej ilości ciałek jednojądrzastych. W razie ograniczenia się sprawy chorobowej zwiększa się znów ilość ciałek wielojądrzastych. Zgorzel rany wywołują zwykle kombinacye drobnoustrojów. Zgorzel ułatwia następowe zakażenie, n. p. tężcem, natomiast paciorkowce następowo w ranach zgorzelinowych zwykle się nie sadowią. Środki przeciwgnilne nie działają prawie nic przeciw istniejącemu już zakażeniu, co najwyżej mogą, zastosowane równocześnie z możliwem zakażeniem, powstrzymać je. Podobnież śródżylne stosowanie środków przeciwgnilnych nie daje w ogólnem zakażeniu wyników dodatnich. Pewniej działa podwiązanie zajętych chorobowo naczyń żylnych i ogólne działanie na ustrój zapomocą surowic. Niestety żywotność i jadowitość drobnoustrojów bywa tak różną, że i surowice niezawsze odpowiadają swemu zadaniu. Może w stosowaniu przekrwienia biernego znajdziemy pewniejszy środek do walki przeciwko rozwijaniu się zakażenia ogólnego. *Klęsk.*

Barlach. **O wągliku i jego leczeniu.** (*Münch. med. Wochs.* 1905. Nr 15). B. wypala naokoło krosty żegadłem głęboką rynnę, samą zaś krostę przecina głęboko poprzecznie, dodając nacięcia zwalniające w okolicy w razie obrzęku i silnego napięcia. Na granicy zdrowej wokoło krosty wstrzykuje strzykawką Pravatza nalewkę jodową, a potem stosuje okłady sublimatowe. Sposób ten okazał się autorowi najpewniejszym. Ocala on często życie, a przytem skraca znacznie czas leczenia. Przy leczeniu nie należy się łudzić dobrym z początku stanem podmiotowym, lecz odrazu trzeba wykonać nacięcia doszczętne. *Klęsk.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 10. kwietnia 1907.

Przewodniczy wiceprezes prym. Borzęcki. Obecnych członków 35, jako goście: dr Dłuski z Zakopanego, dr Krok z Pola, dr Rudzki z Lublina, dr Wiskont z gub. permskiej.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

2) Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu gości.

3) Przyjęto na członków dra Stan. Jankowskiego i dra Stan. Kwiatkowskiego.

4) Kol. prof. Wachholz miał: wykład **O zaczadzeniu.** Prelegent od 11 lat zajmuje się tą sprawą i wyniki swych badań kolejno ogłaszał w czasopismach lekarskich. Omówiwszy wszystkie próby, które służą do wykrycia we krwi tlenku węgla, przyznaje największą wartość zmodyfikowanej przez siebie próbie tanninowej, którą także obecnie i inne zakłady sądowolekarskie krajowe i zagraniczne za najlepszą uznały. Wykład, objaśniony licznemi demonstracyami, przyjęto oklaskami.

W dyskusyi przemawiali dr Zanietowski junior, doc. Seńkowski i prelegent. Sekretarz: *dr Owsiński.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zgromadzenie w d. 22 lutego 1907.

1) Do zarządu Wydziału wybrani zostali na rok 1907: prezesem czcigodny dotychczasowy prezes Radca dr Franciszek

Chłapowski, sekretarzem (ponownie) dr Łazarewicz, redaktor »Nowin Lekarskich«, któremu do pomocy przydano dra Tadeusza Schultza.

2) Dr Adamczewski wygłosił odczyt: **O karmieniu oseskòw maślanką**, okazując przytem różne przetwory odżywcze dla oseskòw i poruszając bardzo aktualną sprawę laktobacyliny. W bardzo ożywionej dyskusyi brali udział Święcicki, Karwowski, Gantkowski, Pomorski i Chłapowski, który zastrzegł sobie obszerne sprawozdanie o najnowszych teoryach, dotyczących sprawy odżywiania przeróbkami mleka.

3) Prezes odczytał pisma, nadesłane w sprawie X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, na który kilku obecnych zgłosiło też zaraz wykłady.

4) Uczczono pamięć zmarłego członka ś. p. dra Grodzkiego, poczem przyjęto wniosek dra Fr. Zakrzewskiego, aby Wydział współczuciu swemu w razie zgonu kolegi dawał silniejszy wyraz na zewnątrz.

Posiedzenie w d. 1 marca 1907

poświęcone było **sprawom zawodowym**. Mianowicie chodziło o zajęcie stanowiska wobec projektu założenia wspólnego Towarzystwa zawodowego z lekarzami niemieckimi. Po referacie kol. Karwowskiego w tym przedmiocie, objawiło się w ożywionej dyskusyi jednomyślne zdanie, że konieczne są kroki celem zmniejszenia wyzysku lekarzy przez niesumiennych pacyentów, że jednak wiązać się w Towarzystwo z niemieckimi lekarzami po doświadczeniach dotychczasowych niepodobna. Stosownie więc do wniosku sprawozdawcy postanowiono nie brać udziału w założeniu Towarzystwa, atoli w danym przypadku wspólnie z kolegami obcej narodowości obradować.

Posiedzenie w d. 22 marca 1907.

1) Przyjęto z radością wiadomość, podaną przez kol. dra Święcickiego, że do Poznania zjedzie prof. Bylicki, prezes Wydziału gosp. X. Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich w sprawach Zjazdu i uchwalono ku czci miłego gościa zwołać posiedzenie na d. 10 kwietnia 1907.

2) Dr Karwowski przedstawia preparat drobnowidowy z przypadku **zapalenia napletka**, w którym widać ogromne mnóstwo krętków t. zw. **spirochaete refringens**. Krętki te po odkryciu krętka bladego Schaudinna dały pochop do podania w wątpliwość ich swoistości. Postać jednak, grubość, a przedewszystkiem skręty faliste odróżniają je dostatecznie od krętków kiłowych. Mowca przyznaje jednak, że w cięciach, barwionych sposobem Levaditiego, spotyka się podobne postacie.

3) Dr Jankowski wygłosił wykład p. t. **Kilka słów o miażdżycy tętnic, a w szczególności o sposobach jej leczenia.** Wspomniawszy o anatomii miażdżycy tętnic, o jej patogenezie i etyologii (życie niehigieniczne, wysiłki fizyczne i umysłowe, otyłość, skaza moczanowa, cukrzyca, gościec, kiła, choroby zakaźne, alkoholizm, tytoń itd. itd.) głównie rozwiódł się mowca nad leczeniem. Leczenie powinno być: 1) Zapobiegawcze: odpowiednia dyeta i zachowanie przepisów higieny. 2) Zapomocą leków, z których najważniejsze są przetwory jodowe (jodek sodu, strontu, rubidu, jodypina głównie podskórnie, jodalbacid, jodeigon, sajodin, jodalose, »vin Noarry jodotanne«, wreszcie wcieranie wasogenu jodowego). Ze środków sercowych podniósł mowca dialysat. Golatz, digitalinę, digalen i *extr. fluid. strophanti* Mercka, oraz wspomniał o surowicy Trunečka, solach fizyologicznych Poehla i laktobacylinie Miecznikowa. 3) Leczenie fizyczne. Tu zaleca mowca umiarkowany ruch i gimnastykę, kąpiele letnie, słone, z CO_2, solanki itd., ostrzega jednak stanowczo przed kąpielami elektrycznemi. — W bardzo ożywionej dyskusyi brali udział dr Święcicki (przedstawiając rentgenogramy miażdżycy tętnic w dolnych kończynach), Zakrzewski, Panieński (polecając przedewszystkiem jodypinę podskórnie), Kożuszkiewicz, Gantkowski, Karwowski, Mieczkowski, Łazarewicz i Dembiński.

Towarzystwo społeczno-higieniczne

urządziło przed Wielkanocą szereg odczytów z ogólnej hygieny. Dalszy ciąg tych odczytów, nowych zupełnie w Poznaniu i cieszących się wielkiem powodzeniem, odbędzie się w kwietniu i maju. *Dr Adam Karwowski.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Z tegorocznych przedłożeń Wydziału krajowego widnieje chęć utworzenia nareszcie dostatecznej liczby mieszkań dla lekarzy pomocniczych przynajmniej w lwowskim szpitalu. Rzecz ta, wszelkiego uznania godna, wiąże się ściśle ze sprawą stałej obecności lekarzy w szpitalach, zwłaszcza większych, gdzie ciężkie przypadki często nagle bezzwłocznej wymagają pomocy. Pod tym względem stosunki u nas są wprost niezrozumiałe. W ogromnym szpitalu krakowskim przepisany jest statutem jeden, wyraźnie jeden ogólny dyżur na cały szpital. Oddział chirurgiczny, jak się dowiadujemy, ma wprawdzie w ciągu nocy (teraz) »stały dozór lekarski, ponieważ dyrektor z prymaryuszem postarali się o to, by lekarz spał w oddziale«, ale widocznie przez czas pewien wcale dozoru tego nie było, skoro jego zaprowadzenie uważa się za właściwe osobno zaznaczać[1]). Jeżeli gorliwość niektórych prymaryuszy zabezpieczała ciężko chorych, operowanych i t. d. od braku doraźnej pomocy przez dyżury na oddziałach, to działo się to, czy dzieje, niejako »wbrew statutowi«. W świeżej pamięci wszystkich stoi niedawne zdarzenie, gdy chory zginął z krwotoku, bo lekarz dyżurny, jedyny na cały szpital, przyjść z pomocą nie mógł, (a gdyby mógł, toby może, nie znając stosunków oddziału i nie posiadając specyalnych wiadomości, pomódz nie umiał), a żadnego innego lekarza pod ręką nie było. Podobno w pewnym szpitalu kilkakrotnie proszono Wydział krajowy o zezwolenie na urządzenie stałych dyżurów oddziałowych z przyznaniem dla dyżurnych lekarzy żywności z kuchni szpitalnej, (jak wiemy, średnio kosztuje ta żywność 51·9 halerzy w szpitalach stołecznych!), a gdy temu odmówiono, o takież dyżury z tym tylko wątpliwej wartości przywilejem, by dyżurni mogli za własne pieniądze pożywienie z kuchni szpitalnej pobierać. Wszak, gdyby tego nawet im nie przyznano, musieliby posiłków szukać na mieście i całe urządzenie dyżuru stawałoby się w porach posiłku fikcyą! Otóż, uwierzyć trudno, Wydział krajowy podobno i na to nie zezwolił. Bylibyśmy bardzo i prawdziwie zadowoleni, gdyby pogłoska ta nie była prawdą. Obraża ona poprostu nasze głębokie przekonanie o najlepszych Wydziału krajowego intencyach.

Wierzymy niezmiennie, że coś podobnego zajść nie mogło. Gdyby było inaczej, to któryż z lekarzy szpitalnych miałby stawać przed kratki sądowe w przypadku śmierci chorego na owym oddziale z braku pomocy, gdy np. lekarz, z urzędu dyżurujący na cały szpital, zajęty był przy innym nagłej pomocy potrzebującym chorym?

Sprawa zaprowadzenia obowiązkowych, statutowych dyżurów lekarskich, (a gdzie lekarzy niema, odpowiednich i dość licznych dyżurów przez zakonnice, aby nie trzeba tego jako coś »godnego naśladowania«[2]) osobno podnosić), wszędzie tam, gdzie potrzebę ich uznają prymaryusze, (którzy, zaniedbawszy tej ostrożności, sami za nieszczęśliwe przypadki odpowiadaćby musieli), powinna być niezwłocznie załatwiona i to bez czekania, aż ten, czy ów prymaryusz się zgłosi, ale na podstawie skierowanych umyślnie do nich zapytań. To konieczne uregulowanie sprawy nie będzie kraju albo nic kosztować, albo conajwięcej tyle, ileby kosztowało utrzymanie jednego chorego więcej tam, gdzie się dyżury lekarskie zaprowadzi.

Najwytrawniejszy i najgorliwszy lekarz niewiele poradzi gołemi rękami tam, gdzie niezbędnie trzeba odpowiednich narzędzi, a najzdolniejszy badacz nie obejdzie się dziś bez elementarnych przynajmniej środków. Pod tymi względami szpitale nasze, jeżeli mają prawidłowo się rozwijać, powinny być uzupełnione zapomocą skromnych choćby inwestycyi na urządzenie pracowni[3]), narzędzia i t. d., na których utrzymanie wystarczą potem stosunkowo bardzo małe dotacye. Lata ostatnie zdają się być dobrą pod tym względem wróżbą; jeszcze przed 5 laty podniesione żądania[4]), na prowincyi poczęści już wypełnione, po-

---

[1]) Insp. w r. 1906, str. 17.

[2]) Insp. szp. w r. 1906.

[3]) Szpital kulparkowski jeszcze w r. 1902 nie miał żadnej pracowni. Prot. ank. str. 32. Na jednym z oddziałów szpitala lwowskiego jest mikroskop własny prymaryusza (Insp. w r. 1906, str. 6), w wielu szpitalach prowincyonalnych niema po dziś dzień pracowni (tamże).

[4]) Prot. ank. z r. 1902, str. 20, głos prof. Jordana.

czynają się poważniej spełniać w postaci urządzenia pracowni bakteryologicznej przy oddziale zakaźnym w Krakowie[1]), oraz reaktywowania samodzielnej pracowni chemicznej z osobnym kierownikiem w szpitalu lwowskim[2]). Ale to jest dopiero początek, prawda, że dobry; niemniej i dziś, jak przed 5 laty[3]), wiele szpitali »niema nawet mikroskopów«[4]). Nie należy też zapominać o instrumentaryach operacyjnych, bo wprawdzie ostatnie sprawozdania Inspektorów szpitali prawie wszędzie wspominają o instrumentach w dostatecznej ilości i jakości, niemniej jednak wymieniają tu i owdzie braki, a powszechnie wiadomo, że do niezbyt dawna niejeden z naszych prymaryuszów musiał się uciekać w szpitalu do własnych, za własne pieniądze kupionych narzędzi.

Potrzeba tych ulepszeń, mianowicie pracowni, uzasadniona jest wprost względami utylitarnymi, na jakie powołuje się zresztą bardzo przemyślnie, Wydział krajowy w tegorocznych swych przedłożeniach. Wszelako ileżby było lepiej, gdyby można wobec Sejmu położyć większy nacisk na inne także względy, nietylko to, że np. na pewnym oddziale zdołano wcześnie rozpoznać epidemię i przez to kraj od jej szerzenia się chronić, od większych wydatków ocalić; gdyby można liczyć na takie zrozumienie przez cały Sejm sprawy, jakie okazali nawet nie lekarze, zasiadający w ankiecie r. 1902[5]). Otwiera się tu zarówno dla Wydziału krajowego, jak i dla zasiadających w Sejmie lekarzy szerokie pole, aby pierwszy, przez motywowanie sprawozdań swych szerszymi względami, a drudzy przy każdem swem w sprawach sanitarnych przemówieniu torowali w Sejmie drogę współczesnym pojęciom sanitarnym nietylko w tej sprawie, ale we wszystkich innych tego zakresu.

Kończąc te pobieżne uwagi o służbie lekarskiej, należy jeszcze wspomnieć o myśli, rzuconej przed 5 laty na ankiecie, że zjazdy lekarzy szpitalnych ożywiłyby niezmiernie ruch naukowy, podniecityby współzawodnictwo w najlepszem słowa tego znaczeniu i w następstwie podniosłyby bardzo poziom lekarski szpitali. Pod tym względem dwóch zdań być nie może, trzeba jednak naprzód dać lekarzom szpitalnym możność takiej pracy, by było z czem na zjazd przyjechać, i tak uregulować sprawę lekarzy pomocniczych, by było komu szpital pod opieką zostawić; a wtenczas nie trzeba będzie zachęty do zrealizowania myśli zjazdów i znajdą się tacy, co gorliwie z własnej woli nią się zajmą, nie szczędząc na zjazd trudu, czasu, ani wydatków z własnej nawet kieszeni. Na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1900 przybyło 900 uczestników, z tego połowa (425) z Galicyi; żaden z nich nie miał na to subwencyi. — Jest u nas głód wiedzy i wspólnej umysłowej pracy, a skarb krajowy może być spokojny, że głód ten nie jego koniecznie kosztem będzie zaspokojony.

Jątrzącą się raną w naszem szpitalnictwie jest do dziś dnia sprawa służby, dozoru i pielęgnowania chorych.

Któż nie pamięta tych licznych procesów, wytaczanych lekarzom i służbie szpitalnej za połamane żebra obłąkanych? W każdym z nich wychodziło na jaw, że winowajcą nie może być lekarz, który ma czuwać nad 200 (!) prawie obłąkanymi (w Kulparkowie na przeszło 1000 chorych było dotąd 7 lekarzy łącznie z dyrektorem!), ani nie jest nim ten ciemny i nieumiejętny posługacz, od którego wymaga się większej niż anielska cierpliwości. Winowajca był przeważnie gdzieindziej... powiedzmy bez ogródek, był nim kraj. To jest rzecz niesłychana, aby w zakładach obłąkanych przypadał jeden dozorca na d z i e s i ę c i u chorych, jak było do niedawna w Kulparkowie[6]), aby do szpitali przyjmowano »byle parobka lub służącą z ulicy«[7]).

Służby było i jest za mało, na wykształcenie jej, pomimo wielkich i naglących skarg, podnoszonych przed 5 laty[8]) nie poraz pierwszy, za mało do niedawna[9]) Wydział krajowy zwracał uwagę. Skoro szkoła dozorczyń, utrzymywana swego czasu we Lwowie przez 7 lat, wydawała uczennice, zbyt drogie dla szpitali[10]), to widocznie wymagała od nich zbyt wielkich ofiar

[1]) Spraw. Dep. V. za 1905/6.

[2]) Oba wnioski uchwalił Sejm tegoroczny.

[3]) Prot. ank. z r. 1902, str. 20.

[4]) Por. Insp. w 1906.

[5]) Spr. ank. str. 30, głos posła Kozłowskiego: „Bez laboratoryów rozsądnej, z postępem czasu idącej działalności lekarzy wystawić sobie nie zdołam“.

[6]) Spr. Dep. V. za 1904/5: służby oddziałowej 122, chorych w r. 1904 — 1062 średnio dziennie, w r. 1905 — 1077. Zagranicą 1: 4—5.

[7]) Spr. ank. z r. 1902, str. 73, głos dyr. Ponikły.

[8]) Spr. ank. z 1902, str. 72 i nast.

[9]) Insp. w r. 1906 i pod tym względem oznacza postęp.

[10]) Spr. z ank. r. 1902, str. 73.

czasu, pracy i kosztów nauki, które potem uczennice odbić sobie musiały, lub też przyjmowała do szkoły nieodpowiedni materyał. Ale szkoły nietylko nie należało zamykać, lecz otworzyć inne we wszystkich większych szpitalach, oczywiście odpowiednio je reformując. I to także nie kosztowałoby wiele, bo z pewnością lekarze poświęciliby chętnie trochę czasu na prowadzenie szkół, gdyby mieli pewność, że za to uzyskają służbę umiejętnie wyuczoną, tak jak poświęcają na to trud i czas na prowincyi, gdzie służba przeważnie jest dobra. (Insp. w r. 1906).

Służba taka utrzymywałaby się potem w szpitalu, gdyby zdjęto z niej nadmierny ciężar pracy przez pewne podniesienie jej liczby i poprawienie jej bytu.

Przypadało np. w r. 1904 służby oddziałowej:

we Lwowie 1: 7,6 chorych
w Krakowie 1: 9,02 chorych
w Przemyślu 1: 20 chorych![1]).

O poprawieniu bytu i przywiązaniu służby do szpitali musiano pomyśleć chcąc nie chcąc naprzód tam, gdzie stosunki były najgorsze; w rok po ankiecie w sprawie Kulparkowa, (1891) przyznano też służbie tamtejszej skromne dodatki, wzrastające w miarę lat służby; że tą sprawą zajęto się stosunkowo tak dawno, świadczy, jak już dawno ta rana się jątrzy. W roku 1905 polepszono znowu byt służby kulparkowskiej wskutek wniesionej przez nią samą petycyi i zabezpieczono jej prawo pobierania prowizyi. W roku bieżącym bez szczególnego bodźca, co za zasługę poczytać trzeba, wniósł Wydział krajowy dla oddziałowej służby obu szpitali krajowych (uchwalone już przez Sejm, *Dop. w korekcie*) podwyżki płac z każdym dalszym rokiem pracy (aż do osiągnięcia 24—30 koron poborów miesięcznych razem z owymi dodatkami). Przy projektach przebudów i nowych budowli pamięta też Wydział krajowy o mieszkaniach dla służby, przedtem chyba bardzo fatalnie pomieszczonej, jeżeli nawet Siostry miłosierdzia w szpitalu pryncypalnym — lwowskim, pomieszczone były jeszcze w r. 1902 tak, iż $^1/_3$ musiała przy obiedzie i kolacyi czekać stojąc na swą kolej, poduszki do spania opierano o piec, a w ciągu $1^1/_2$ roku 5 Sióstr zachorowało na gruźlicę, nabytą wskutek tych warunków przy pracy w szpitalu[2]), w kilku zaś latach 5 zmarło.

Sprawa polepszania bytu służby nie jest oczywiście jeszcze zamkniętą przez tegoroczne wnioski Wydziału kraj. co do płac i mieszkań; ale poruszenie jej samodzielne pozwala mieć nadzieję, że Wydział krajowy i nadal nie spuści już jej z oka.

Jednakże polepszanie bytu służby załatwia sprawę polepszenia jej jakości dopiero w połowie, wzmagając chęć do pracy, ale nie wpływając wiele na umiejętność pracy. Zagadnienie obuczenia służby, zwłaszcza w wielkich szpitalach, nietylko przez długo i z trudem nabywaną praktykę, lecz przez systematyczne kształcenie, łączy się jednak ściśle ze sprawą służby wyższego rzędu, jaką są Siostry Miłosierdzia i innych Zgromadzeń (Martanki, Serafitki, Józefitki, Służebniczki).

Sprawa roli i działalności Sióstr, a w szczególności SS. Miłosierdzia w naszych szpitalach jest oddawna owem »noli me tangere«, które się zwykło ostrożnie z daleka obchodzić. Zaledwo na ankiecie w r. 1902[3]) poruszono z lekka tę sprawę — a musiała ona chyba bardzo żywo obchodzić zebranych, skoro poruszono ją poza urzędowym programem[4])—a już odezwały się głosy, łagodzące zarzuty i przygłuszające niejako poprzednie krytyczne uwagi. Zaznaczono natychmiast, »że Siostry Miłosierdzia są bardzo wielką pomocą w szpitalach, że gdyby ich brakło, brakłoby porządku, a może i oszczędności, że nawet w protestanckich krajach patrzą przez palce na to, co tam nazywają »religiöse Überspanntheit« Sióstr wobec bardzo wielkich korzyści i cennych usług, jakie te Siostry szpitalom oddają, że Siostry

[1]) Spr. Dep. V. za 1904/5.

Lwów	służby	oddział. 104	chorych	średnio	dziennie	753
Kraków	»	» 80	»	»	»	722
Przemyśl	»	» 9	»	»	»	187

I tu, jak i co do budynków, przepełnienia szpitala i t. p. uderza pokrzywdzenie Krakowa w stosunku do Lwowa; jest ono i w innych względach wyraźne, np. co do zaopatrzenia w Siostry zakonne: Lwów 1:37·6 chorych, Kraków 1:42 chorych.

Por. także Spr. insp. w r. 1906, wskazujace w wielu szpitalach prowincyonalnych na niedostatek służby.

[2]) Spr. W. LW. L. 115, 265/06. z 24, XI. 06.

[3]) Spr. ank. z 1902, str. 47, głos dyr. Starzewskiego; Insp. w r. 1906, strona 5.

[4]) Spr. ank. str. 74. i 75.

[5]) Tamże str. 76.

spełniają swe obowiązki gorliwie[1]) i że to ma ogromne znaczenie«. I tem zamknięto dyskusyę, a o ile mi wiadomo, i wszelką próbę zmian w tej sprawie.

A przecie to właśnie jest rzecz, w której bez żadnych, ale to absolutnie żadnych dla kraju kosztów możnaby uzyskać szereg ulepszeń, dla ostatecznego efektu, jaki mają wydatki, przez kraj ponoszone na szpitalnictwo, stanowczo mające doniosłość. Wszakże to w ręku Sióstr rozmaitych Zgromadzeń spoczywa całe szczegółowe gospodarstwo szpitalne: żywienie chorych, ich bielizna, dozór domowy, po mniejszych szpitalach apteczka, praca kancelaryjna, ba, coś więcej, bo one »są właściwie dozorczyniami, a służba tylko im wyłącznie do pomocy jest dodana«[2]), bo one wpływają na zajęcia chorych, wpływać mogą na ich nastrój psychiczny, uprzyjemnić lub znośniejszym uczynić przymusowy pobyt w szpitalu, one głównie mogłyby kształcić służbę, one najczęściej opiekują się inwentarzem lekarskim, narzędziami, nawet pomagają przy operacyach i t. d. Jakość działalności Sióstr musi niezmiernie wpływać na jakość działania szpitala, a na tę jakość ich działalności składa się przecie nietylko gorliwość, lecz i umiejętność, nietylko pojętność, lecz i chęć nauczenia się. Podnoszenie gorliwości zgoła nie odpiera zarzutu zdarzającej się nieumiejętności[3]), a pochwała porządku i oszczędności nie zaprzecza możliwości np. uporu.

W obradach ankiety znalazłem drastyczny tego przykład. Jednemu z członków ankiety »zdarzało się wprawdzie widzieć, że Siostry prowadziły magazyn tak porządnie, że i mężczyzna lepiejby nie prowadził« ale też, że »Siostry prowadzą wprawdzie rachunki w dobrej wierze, ale... każdy rachunek trzeba zwracać, uzupełniać i nazwać fałszywym, bo nie potrafią nawet na gotowych drukach powpisywać cyfr gdzie należy, tak, że widywałem zaległości jako uiszczenia i t. p.«[4]).

Zakres działalności Sióstr Miłosierdzia, dotyczący lekarskiej strony szpitala, nie jest z pewnością ani łatwiejszy, ani mniej ważny, niż »wpisywanie cyfr na gotowych drukach«. Nie bawiąc się w opowiadanie licznych, a przesadnych może skarg, które tak często się słyszy, ograniczę się do tego, co wiarogodne usta nie wahały się podnieść publicznie[5]).

Oto »istniała szkoła dozorczyń, utrzymywana wspólnym kosztem Wydziału krajowego i Tow. Czerwonego Krzyża, lecz Siostry Miłosierdzia były tej szkole nieprzychylne. Nie dały się przekonać, że niedość jest mieć dobre serce, ale trzeba też i umieć pielęgnować chorych«. Z wykształconych w tej szkole 56 dozorczyń ma jedna tylko posadę w szpitalu we Lwowie, ale »na oddziale, na którym Sióstr niema«. »Rzeczywiście niestety Siostry Miłosierdzia nie życzą sobie mieć służby wykształconej«. »Im lepszy był dozorca i lekarzowi szedł na rękę, tem prędzej się go SS. Miłosierdzia pozbywały«. »Siostra, niemająca zupełnie wyobrażenia o postępowaniu z chorymi, przychodzi całkiem młoda do kuchni albo pralni, a potem na oddział, i chce i tam rządzić; gdy dozorczyni, która ma doświadczenie, zrobi jej uwagę, to to wystarcza, aby natychmiast ją wydalić, a lekarz niema prawa zatrzymać tego, kogo Siostra wydali«. »Słyszałem od samych chorych prywatnie utyskiwania, że Siostry Miłosierdzia nie umieją obchodzić się z chorymi«. Starać się trzeba więc, »żeby szkoła była założoną nie dla dozorczyń, ale dla Sióstr«... Koniecznych stałych przepisów »Siostry się nie trzymają, bo wzbraniają nawet wprost dozorcom pisania tego, co powinni. Siostry Miłosierdzia np. nie kontrolują dostatecznie służby nocnej«. »Kiedy Siostra Miłosierdzia wychodzi z oddziału, powinien być ktoś, kto odpowiada za oddział, to znaczy powinien starszy dozorca objąć odpowiedzialność, a tego Siostry Miłosierdzia nie chcą, bo nie znoszą, żeby ktoś był starszym dozorcą«. »Siostry wymagają, by służba wyłącznie im o wszystkiem raportowała, a nigdy lekarzom; przyjmują dozorców z tym obowiązkiem, że ma mówić wszystko, co się dzieje, im, a nie lekarzowi«. »Siostry uważają to jako swoje rządy, do których nikomu mieszać się nie wolno«. (Dok. nast.)

[1]) I tak jest istotnie w przeważnej części szpitali prowincyonalnych. Insp. w r. 1906.

[2]) Spr. ank. z r. 1902. str. 75, głos p. Jasińskiego.

[3]) Choćby np. w apteczkach, gdzie, jak widać z Insp. w r. 1906, bardzo się ona często powtarza.

[4]) Spr. ank. z r. 1902. str. 58.

[5]) Spr. ank. z r. 1902. str. 74. i 75.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Przypadków śmierci z gorączki połogowej miało być w tych latach kolejno 911, 884, 781. W roku 1900 wykazano jeszcze 1025, zdawałoby się więc napozór, że postęp ku lepszemu jest znakomity. Ale Rada Zdrowia zaznacza sama, że cyfrom tym ufać nie można dopóty, dopóki przyczyna śmierci nie będzie we wszystkich przypadkach sprawdzaną przez lekarzy; zarówno dyplomowane położne, jak i »babki« wiejskie starają się z obawy odpowiedzialności te przypadki ile możności zatajać. W tych powiatach, w których zmiera najwięcej kobiet z gorączki połogowej (na czele stoi powiat rawski), stwierdza Rada Zdrowia niewątpliwy związek z niedostateczną pomocą położniczą (mała liczba egzaminowanych położnych, brak zaufania ludności do ich pomocy). Co roku po kilka położnych egzaminowanych bywało obwinianych z powodu zakażenia kilku kobiet, ale kończyło się na tem (w latach 1901—3), że wobec sądu nie zdołano im udowodnić winy. W r. 1903 nieegzaminowaną babkę (w Budyłowie), która zakaziła 5 kobiet, sąd uwolnił, a ukarano ją tylko za partactwo 14-dniowym aresztem.

W rubryce chorób zakaźnych przyrannych objęte są: róża, ropowica (*phlegmone*), ropnica, posocznica i tężec. Z chorób tych zmarło w latach 1901—1903 492—441—460 osób. Przypadków tężca było w r. 1903 niezwykle dużo we Lwowie († 9) i w Krakowie († 4).

Do działu innych chorób zakaźnych mają być wpisywane: grypa, zapalenie opon mózgowordzeniowych, zimnica, kiła, zapalenie stawów, ospa wietrzna i nagminne zapalenie ślinianek przyusznych. Na grypę miało umrzeć w omawianych tu 3 latach według wykazów parafialnych 528, 276, 257 osób, według zaś wykazów lekarzy urzędowych 242, 97, 147. Chorowało według wykazów urzędowych w r. 1903 osób 3376, śmiertelność więc wynosiła 4·3% chorych. Rok ten zaznaczył się pojawieniem się w Krakowie (i okolicach *przyp. spr.*) choroby, która skończyła się śmiercią u 17 osób, a którą ostatecznie uznano za grypę, pomimo objawów, mocno przypominających włośnicę (*trichinosis*). (Ta krakowska epidemia była w swoim czasie dość głośna i odbiła się nawet w piśmiennictwie; zdania piszących o niej były podzielone. Bądź co bądź powinnaby ona była być bodźcem do ściślejszej kontroli mięsa wieprzowego w rzeźniach wielkomiejskich zapomocą mikroskopu; czy to nastąpiło — niewiadomo). Na zapalenie opon miało według wykazów parafialnych umrzeć w trzech omawianych latach 68, 32, 40 osób. Lekarze urzędowi sprawdzili je jako przyczynę śmierci w r. 1901 u 7, w r. 1902 u 4 osób (chorowało 5; tabelka na str. 54 sprawozdania podaje, że zmarło 3, tekst na str. 55, że 4 — zapewne omyłka druku), w r. 1903 u 3 (chorowało 8). Jak wiadomo, w następnych latach wybuchły groźne epidemie, zbadane staraniem Namiestnictwa ściśle naukowo przez doc. Drobę i Kučerę, których doskonałą pracę w tym przedmiocie znają czytelnicy »Przeglądu« z »Rocznika lekarskiego«. W pracy tej roztrząsają autorowie także stosunek epidemii do sporadycznych przypadków z lat poprzednich, a więc właśnie 1901—1903.

Inne tą rubryką objęte choroby nie mają, jako przyczyny śmierci, większego znaczenia, dlatego opuszczamy drobne, do nich odnoszące się liczby. Ważniejszą byłaby chorobowość co do niektórych. Przy obecnej organizacyi służby zdrowia nie można jednak o tem jeszcze myśleć, a zgromadzić dane można tylko częściowo. Opracowanie tego, czem dziś rozporządzamy, n. p. co do zimnicy, podjął dr Grossek w szeregu prac, znanych czytelnikom »Przeglądu«. Władze rządowe zajęły się w ostatnich latach gorliwie badaniem rozszerzenia kiły wśród ludności galicyjskiej, a ciekawe wyniki tych badań podaje Sprawozdanie Rady Zdrowia za r. 1903. Te badania, chociaż niestety nie są jeszcze zupełne, (bo »tylko niektórzy lekarze urzędowi zajęli się gorliwie śledzeniem za chorymi kiłowymi«) dowiodły, że z liczby chorych, leczących się w szpitalach, nie można wnosić o szerzeniu się lub zmniejszaniu tej zarazy wśród ludności. Np. z powiatu bohorodczańskiego leczyło się w r. 1903 tylko 30 chorych, a stwierdzono przez zbadanie 21 gmin — 169 przypadków, (powiat ten należy, jak się zdaje, do najlepiej pod tym względem zbadanych, a także gorliwie zarazę zwalczających, głównie dzięki energii lekarza okręgowego dra Feren-

siewicza). Wogóle przyjąć należy, że liczba chorych na kiłę w całym kraju wogóle nie zmniejszyła się, w wielu powiatach wzrosła, a spadła w powiatach kosowskim i nadwórniańskim, gdzie osobno zorganizowano zwalczanie tej choroby (o czem Rada Zdrowia mówi osobno — ob. niżej). (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Apteki nie mogą wydawać środków tajnych nawet na przepis lekarza. Wynika to z rozporządzenia austr. ministerstwa spraw wewn. z d. 20. III. 1907 L. 6027, wydanego ze względu na jeden z takich tajnych, w Austryi zakazanych leków (»Asthmapulver« Schiffmana). (»Öst. San.« 16).

W sprawie leczenia wodowstrętu wydało Namiestnictwo gal. ważne zarządzenia, które niewątpliwie bardzo skutecznie wpłyną na zwalczanie tej strasznej choroby. Ogół lekarzy obchodzić będzie przedewszystkiem okólnik L. 15,555/VI B z 3. IV. 1907, z którego wynika, że certyfikaty dla osób, pokąsanych przez wściekłe zwierzęta i udających się do zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi, mogą wydawać nietylko wszystkie władze i urzędy, lecz także wszyscy lekarze i weterynarze, a więc nietylko urzędowi, lecz nawet prywatni. Oczywiście każdy, kto wydaje taki certyfikat, bierze na siebie pełną za to odpowiedzialność i ma obowiązek donieść o tem bezzwłocznie odpowiedniemu starostwu. Oprócz tego Namiestnictwo zarządziło cały szereg środków (L. 127,357/VI. B z 7. II. 1907), aby osoby pokąsane były w każdym przypadku niezwłocznie odsyłane do leczenia i aby potem (przez rok) dokładnie nadzorowano stan ich zdrowia. *R.*

Partactwo lekarskie ma być w Austryi nietylko karane wtedy, gdy jest wykonywane w sposób zarobkowy, ale wogóle powinno być w każdym przypadku zwalczane i karane przez władze polityczne (Rozp. minist. spraw wewn. z 18. I. 1907 L. 57,263, Ok. Nam. z 9. II. 1907 L. 13,126/VI B). *R.*

Silnie działające leki będą odtąd wskutek międzynarodowego układu podlegać we wszystkich niemal państwach europejskich i w Stanach Zjedn. Ameryki półn. jednakowym przepisom. W lekospisach nosić one będą jednakowe nazwy łacińskie; nie będzie wolno przyrządzać z nich win leczniczych, nalewki będą 10%. Wprowadzony też będzie międzynarodowy normalny kroplomierz (przekrój odpływu 3 mm.), dający przy 15° C 20 kropli wody przekroplonej = 1 grm. *R.*

Biuro pośrednictwa posad lekarskich otwarło w Warszawie Stowarzyszenie lekarzy polskich. Poszukujący miejsc członkowie Stowarzyszenia płacą w Biurze 1 rb., inni lekarze 2 rb., strony szukające lekarzy 5 rb. *R.*

Lekarzom Dumy rosyjskiej usiłowali w Dumie przy obradach nad budżetem (w d. 23. IV.) niektórzy posłowie (Kapustin) zmniejszyć płace. W obronę wziął ich poseł Kuźmin-Karawajew, powołując się na prowadzoną przez lekarzy księgę porad, z których oprócz 500 posłów korzysta olbrzymia liczba przydzielonych Dumie najrozmaitszych urzędników i służby. *R.*

Ruch przedwyborczy w Galicyi zdaje się pomimo wezwania, ogłoszonego przez Izby lekarskie, mało obchodzić lekarzy. O ile nam wiadomo, dotąd jedynie w Jaśle na zebraniu przedwyborczem poruszył dr Macudziński te sprawy, które lekarze stosownie do odezwy Izb i Związku państwowego poruszać powinni i otrzymał od kandydata (ks. Pastora) przyrzeczenie poparcia tych spraw. *R.*

Pomoc lekarską dla ludności wiejskiej w Królestwie i prowincyach zabranych omawia dr N. Czarnocki (z gub. mińskiej). (»Czas. lek.« 3). Zdaniem autora »szpitalnictwo i wogóle lecznictwo publiczne musi rość z dołu, z wolnego współdziałania gmin z lekarzami szpitalnymi i wiejskimi«, a nie pod centralistyczną komendą rządu lub wyższych instytucyi samorządnych. Budować należy od podstaw, od najniższej jednostki samorządnej, t. j. gminy. Niechaj lekarze zawierają z gminami układy, dostosowane do miejscowych warunków, za wynagrodzeniem od porady (autor zaleca tu system porady z lekarstwem za stałą cenę bez względu na rodzaj porady i lekarstw, oświadczając się przeciw poradom bezpłatnym), lub za stałym ryczałtem. Szpitale, na kilka gmin po jednym o 20 łóżkach, powstawałyby ze składek publicznych. Utrzymanie roczne takiego szpitala (lekarz, farmaceuta, akuszerka, 6 służby) oblicza autor na 5,000 rb. (co przy 3 gminach, składających się na szpital, ma stanowić po 1 rublu (?) z chaty). Oprócz tego potrzebne są większe szpitale powiatowe. Osobno potrzebna jest organizacya higieniczno-statystyczna, złożona z lekarzy-higienistów. Felczeryzm »bez osobnych nakazów, czy zakazów, zwalczymy z czasem tak, jak pług żelazny zwalczył sochę drewnianą tem, że lepiej orze, a kosztując nie nad możność chłopa, lepiej mu się opłaca«. *R.*

Kolonie letnie dla dzieci w Warszawie dobiegły 25 lat istnienia. W pierwszym roku wysłano na kolonie 52 dzieci, w ostatnim 3,304. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 21. do 27. kwietnia 1907 doniesiono o 45 nowych przypadkach duru plamistego w 12 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Markowa 5), Czortków (Dawidkowce 1), Horodenka (Dąbki 1, Jasienów 2), Jaworów (Jazów st. 2, Nohaczów 1), Lisko (Cisna 6), Nadwórna (Pasieczna 8, Zielona 7), Rawa (Smolin 9, Wróblaczyn 1), Śniatyn (Rożnów 2); o 4 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie w m. Krakowie (3 osoby przewiezione z 2 gmin pow. krakowskiego: Łuczanowic i Rączny, oraz z Tyńca pow. podgórskiego); o 1 przypadku wąglika w m. Lwowie (a mianowicie zachorowała robotnica zatrudniona w pokątnej sortowni sierści i włosienia). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Wykazu tygodniowego nie otrzymaliśmy.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 21. do 27. IV. 1907 urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 4; zmarło osób 55 (w tem obcych 21), z tych z gruźlicy 10 (4), zapal. płuc 8 (5), płonicy 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. do 27. IV. 1907 przypadków: błonicy 5 (w tem obcych 3), krztuśca 7 (1), płonicy 9 † 3 (1), odry 9, duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), nagmin. zapalenia opon 4 † 1 (2 † 1), gorączki połogowej —. *L.*

Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w Prusach. W r. 1906 chorowało 2,095 osób (śmiertelność 44·3%), w pierwszym kwartale 1907 — 649 osób (śmiertelność 43%). *R.*

Ospa poczyna wzmagać się w Królestwie. W Myszkowie w powiecie będzińskim zmiera z niej, jak twierdzą dzienniki, 7—8 osób dziennie. *R.*

Ś. p. dr Ignacy Strzemiński.

Dnia 22. kwietnia b. r. umarł w Wilnie z gruźlicy płuc i krtani dr Ignacy Strzemiński w 50 r. ż. Ukończywszy Uniwersytet warszawski w r. 1883, jako lekarz okulista osiadł w Wilnie, gdzie objął obowiązki ordynatora i zarządcy w lecznicy oftalmicznej hr. Przezdzieckich przy naczelnym lekarzu ś. p. Zenonie Cywińskim. Po kilku latach opuścił to stanowisko i zajął się praktyką prywatną. Przed dwoma laty został powołany na trudne stanowisko prezesa miejskiej Komisyi sanitarnej i chociaż już był chory, oddał się z zapałem pełnieniu nowych, a bardzo uciążliwych obowiązków. Jednocześnie brak środków materyalnych zmusił go mimo wątłego zdrowia do przyjęcia posady ordynatora szpitala kolejowego, odległego od miasta o 6 wiorst, dokąd codziennie jeździł. Po za tymi urzędowymi obowiązkami znajdował czas na pracę fachową, dużo pisał i drukował prac z zakresu okulistyki, korespondował do paru pism lekarskich polskich i francuskich i od lat kilku był stałym współpracownikiem »Nowin lekarskich«. Wygłaszał często wykłady w Towarzystwie lekarskiem, którego przez trzy lata był sekretarzem, a następnie w ciągu dwóch lat wiceprezesem.

Będąc już od kilku lat chorym na gruźlicę, nie przestawał pracować bez odpoczynku i to przyśpieszyło zgon. W końcu lutego ustąpił wreszcie naleganiom kolegów i udał się do Krymu, ale i tam choroba szybkie postępy czyniła tak, że musiano wykonać tracheotomię. Przeczuwając blizki koniec, pospieszył wtedy ś. p. dr Strzemiński do Wilna i w tydzień po przyjeździe zakończył życie, osierociwszy żonę, syna i córkę.

Był to skromny i cichy, a nieznużony i wielce użyteczny pracownik w imię szerszych idei. Życie jego było też pełną poświęcenia dla nich służbą. Cześć Jego pamięci! *W. Z.*

Wiadomości bieżące.

Profesor Dogiel obchodził niedawno pięćdziesięciolecie pracy zawodowej.

Urodzony w r. 1830 we wsi Zalesie w powiecie siebieżskim, pobierał nauki w Poniewieżu i w Kownie; studya lekarskie odbył

w akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu. Początkowo był ordynatorem w wojskowym szpitalu w Petersburgu; uzyskawszy stopień doktora w roku 1863 w Moskwie, wyjechał zagranicę, gdzie pracował pod kierunkiem Helmholtza, Bunsena i Kirchhoffa przez rok w Heidelbergu, pod kierunkiem Ludwiga i Hupperta przez dwa lata w Lipsku. W r. 1868 został docentem fizyologii w Petersburgu, a w r. 1869 powołany został na katedrę farmakologii w Kazaniu, którą dotychczas zajmuje.

Mnogie, a znakomite swe prace ogłaszał po polsku, niemiecku, francusku i rosyjsku, zdobywając sobie głośne imię przedewszystkiem w zakresie fizyologii. W pracowni jego nie ustawał ruch naukowy, jak o tem świadczy szereg cennych badań, ogłoszonych przez Jego uczniów. Przez pół wieku bogacąc wiedzę nowemi zdobyczami, przysparzał na obczyźnie powagi i znaczenia nauce polskiej.

Toteż z życzeniami i powinszowaniami, złożonymi Mu w dniu złotych z nauką godów przez Jego uczniów i kolegów, łączy się dank i wdzięczność rodaków.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 1. V. b. r. posiedzenie, na którem 1) prof. Kader przedstawił a) operowanego z powodu przebicia wrzodu żołądka, b) przypadek gruźlicy kręgów szyjnych, leczony z wynikiem pomyślnym; 2) dr Lauer i 3) dr Schlank przedstawili przypadki resekcyi jelita, co do których zabierali w dyskusyi głos prof. Kader, prym. Bogdanik i prym. Wachtel; 4) dr Flis mówił »O potrzebie organizacyi lekarzy«.

— Dyplom doktorski otrzymali p. Władysław Antoni Aleksander Szukiewicz rodem z Przemyśla i p. Bolesław Maryan Łazowski rodem ze Lwowa.

— Prywatną lecznicę chirurgiczną dla chorych przychodnich i zakład rentgenowski otworzył dr Artur Frommer, były I sekundaryusz oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza i asystent prof. Trzebickyego.

Lwów. Lwowskie Towarzystwo ratunkowe udzieliło pomocy w r. 1905 w 4,217, w r. 1906 w 4,462, a od założenia w 44,694 przypadkach. Towarzystwo walczy ciągle z trudnościami finansowemi. Rokrocznie pokrywał prezes Towarzystwa, dr Stroynowski, niedobory z własnej kieszeni. Obecnie wynosi niedobór 2,224 koron. Posiadając 3 wozy ratunkowe, rozporządza Towarzystwo tylko jedną parą koni! Konieczna jest wydatniejsza pomoc dla Towarzystwa z funduszów miejskich i większe poparcie przez społeczeństwo, gdyż przy obecnej liczbie (około 1,300) członków z roczną wkładką 2 K Towarzystwo utrzymać się nie może.

— Dnia 3. b. m. odbyło się we Lwowie otwarcie »Polskiego muzeum szkolnego«, obejmującego także dział higieny szkolnej, dotąd, jak donoszą dzienniki, niewielki, lecz zawierający najważniejsze modele postępowych urządzeń szkolnych.

— Przed rokiem pokazywać się zaczęło na targu w znacznej ilości mięso wągrowate. Dochodzenia wykryły, że weterynarze miejscy pp. Fried, Jenkner i Terlecki pobierali stałe pensye z kasy asekuracyjnej rzeźników. Weterynarzy ukarano w drodze dyscyplinarnej; obecnie jednak z polecenia ministerstwa spraw wewn. została sprawa oddana jeszcze sądowi karnemu.

Warszawa. Redaktorem »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« mianowany został dr Kazimierz Rzętkowski.

— W budżecie m. Łodzi na r. 1907 wynoszą wydatki na pomoc lekarską i szpitalną wszystkiego 48,349 rbs., co wobec ludności 350,000 czyni niespełna 14 kop. na głowę. Do tego przeszło $^1/_3$ tej sumy (16,500) przeznaczona jest na zapomogę dla osławionego szpitala Czerwonego Krzyża, gdy inne szpitale, znacznie pożyteczniejsze i więcej pomocy potrzebujące, pominięto. »Magistrat łódzki nic sobie nie robi ani ze wskazówek specyalistów, ani z potrzeb ludności« (»Czas. lek.« 3).

Z różnych stron. Wakacyjne kursa lekarskie na uniwersytecie czeskim w Pradze odbędą się w pierwszych 3 tygodniach lipca za opłatą 2 K za godzinę wykładu. Zgłoszenia do 2 maja do prof. K. Weignera (Praha II. Anatom. ústav 1660).

— Kursa wakacyjne dla lekarzy w postaci cyklu wykładów i ćwiczeń praktycznych w zakładach i klinikach uniwersyteckich odbędą się we Wrocławiu od 10. do 26. października b. r. Kursa, prowadzone przez profesorów zwyczajnych i nadzwyczajnych z pomocą asystentów, obejmą wszystkie działy medycyny teoretycznej i praktycznej. Zarząd kursów wysyła na żądanie dokładny program i wyjaśnia szczegółowo warunki udziału. Zwracać się należy z zapytaniem do prof. Uhthoffa (Breslau, XVI. Maxstrasse 2).

— Odbyty świeżo w Wiesbadenie zjazd niemieckich internistów był jubileuszowym, bo 25-tym z rzędu. Zaznaczono to przez mianowanie szeregu członków honorowych.

— W Wiedniu zawiązało się 25. IV. b. r. »Austryackie Towarzystwo zwalczania chorób wenerycznych.«

— Niemiecki wydział lekarski w Pradze ma otrzymać dwie nowe katedry: doświadczalnej morfologii i laryngologii.

— Porządek dzienny posiedzenia Koła lekarskiego polskiego w Petersburgu w d. 17/30. IV. b. r. obejmował: 1) dr St. Kozłowski: Ojców, jako zakład leczniczy. 2) Dr Winc. Święcicki: Stosunek współczesny między urologią a chirurgią (z demonstracyą przyrządów). 3) Dr Al. Karnicki: Pęknięcie macicy.

Mianowani: Prof. Roncoroni z Cagliari profesorem neurologii w Parmie, prof. Kijanicyn z Charkowa profesorem higieny w Odessie;

dr Stanisława Popławska ordynatorką oddziału ocznego w szpitalu izraelickim na Czystem w Warszawie; dr Adam Łobaczewski zastępcą lekarza Kasy chorych fabryki cygar w Krakowie.

Zmarli: Dr Jan Kleinadel w 57 r. ż. w Warszawie, lekarz szpitala św. Jerzego w Kalwaryi dr Władysław Guziewicz; w Suwałkach; b. asystent zakładu surowic, Feliks Gastman, w Krakowie w 37 r. ż.; wybitnych zdolności i wielkiej pracowitości, rokował najlepsze nadzieje, które przecięła ciężka, dziesięcioletnia choroba;

okulista prof. Hugo Magnus, znany ze swych prac z zakresu historyi medycyny, we Wrocławiu w 65 r. ż.; chirurg prof. A. Mosetig-Moorhof w Wiedniu w 70 r. ż. (utonął w Dunaju); neurolog dr Féré w Paryżu; b. profesor fizyologii Domrich w Jenie; doc. dentystyki Bleichsteiner w Gracu.

Redakcya otrzymała: Dr J. Talko-Hryncewicz: 1) Mieszkańcy Wilna z drugiej połowy XVI. i początków XVII. stulecia, studyum antropologiczne. 2) Muślimowie, czyli t. zw. Tatarzy litewscy, zarys antropologo-etnologiczny. Kraków 1907. Akademia Umiejętności. — Książki dla wszystkich (wydawnictwo M. Arcta w Warszawie): 1) Gotthilf-Traenhart, opracował dr Wolberg: Jak zachować się wiosną, latem, jesienią i zimą? 2) dr St. Kopczyński: Higiena i szkoła. 3) Dr K. Niedzielski: Uwagi i rady lekarza przydatne w życiu codziennem, Cz. I. 4) Bunge: Zatrucie alkoholem i zwyrodnienie. 5) Dr L. Przedborski: Zmysł słuchu i dźwięk. 6) J. Ochorowicz: O kształceniu własnego charakteru. — E. Hubeau (spolszczyła J. Polakówna): Nauka o zdrowiu, podręcznik dla szkół elementarnych. Kurs niższy (cena 8 kop.), kurs średni (cena 10 kop.). Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie. — Progulski: W sprawie rozpoznawania nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u osesków. Odb. »Tyg. lek.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi przeciwgruźliczej odbędzie się **w Towarzystwie lek. krak.** (Radziwiłłowska 4) **we wtorek d. 7. maja 1907 o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: Dalszy ciąg dyskusyi nad referatem dra Biera.